

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA LA INFANCIA

NUEVA SOLICITUD: Sí No

NUEVA DETERMINATION: Sí No

1. **INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN:** Este formulario debe ser diligenciado por la persona cabeza de hogar u otro miembro del núcleo familiar que esté a cargo de cubrir los costes del cuidado del menor.

POR FAVOR IMPRIMA TODA LA INFORMACIÓN

Apellidos:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección de domicilio:		Apto. N.º:
Ciudad:	Parroquia:	CÓDIGO POSTAL:
Dirección postal:		Apartado aéreo:
Ciudad:	Parroquia:	CÓDIGO POSTAL:

Número de teléfono:	Casa: ()	Trabajo: ()	Otro número de teléfono: ()
¿Se considera usted <u>persona sin casa</u> ni hogar de acuerdo con la Ley McKinney-Vento de Asistencia a las personas sin hogar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
¿Participa usted en algún programa de vivienda transicional? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
¿Puede usted certificar que los bienes de su familia con superan \$1.000.000? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			

2. **COMPOSICIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR:** De acuerdo con este programa, un núcleo familiar incluye todas las personas que viven juntas, así: la persona cabeza de hogar, el cónyuge legal o de hecho del jefe del hogar y todos los hijos dependientes menores de 18 años. Póngase en primer lugar de la lista y luego relacione los nombres de los demás miembros de la familia, colocándolos por orden de edad y comenzando por el mayor de ellos.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellidos)	Relación de parentesco con usted mismo.	Fecha de nacimiento	Raza	Género	*SSN (# SEGURO SOCIAL) (opcional)	Estado civil
	Mismo					

¿Alguna de las personas adultas o cabeza de hogar mencionadas anteriormente se encuentra en condición de discapacidad? Sí No

Si la respuesta es positiva, relacione el nombre de tal persona y anexe prueba de su discapacidad [dictamen médico, prueba de discapacidad (esto es, carta de aprobación de beneficios)]

Nombre: _____

¿Todas las personas relacionadas anteriormente son ciudadanos estadounidenses? Sí No

En caso de responder negativamente, relacione sus nombres: _____

Alguno de los miembros de su núcleo familiar es padre o hijo de crianza? Sí No

En caso de responder positivamente, relacione por favor todos los miembros correspondientes: _____

¿Alguno de los miembros de su familia se encuentra actualmente prestando servicio militar (esto es, con dedicación plena) en las fuerzas armadas o forma parte de la guardia nacional o de alguna unidad de reserva militar de los Estados Unidos de Norteamérica? Sí No

En caso de responder positivamente, relacione por favor el nombre de la persona y especifique si se encuentra en servicio activo militar, en la guardia nacional o en la reserva militar de los Estados Unidos de Norteamérica: _____

3. **NIÑOS QUE NECESITAN ATENCIÓN:** Por favor, pídale a su proveedor seleccionado de atención para la infancia que diligencie esta sección.

Nombre del niño(a) (apellidos, nombre)	Edad	Tipo de atención (una por cada niño)	Información de contacto	Parentesco entre proveedor y niño(a)	Tipo de atención	¿Se requiere atención durante el verano?
		<input type="radio"/> Hogar del niño <input type="radio"/> Sede del proveedor <input type="radio"/> Centro de atención tipo III <input type="radio"/> Otro	Nombre: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: _____ INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Proveedor #: _____	<input type="radio"/> Abuelo <input type="radio"/> Hermana/ Hermano <input type="radio"/> Tía/Tío <input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
		<input type="radio"/> Hogar del niño <input type="radio"/> Sede del proveedor <input type="radio"/> Centro de atención tipo III <input type="radio"/> Otro	Nombre: _____ Dirección: _____ # de teléfono: _____ INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Proveedor #: _____	<input type="radio"/> Abuelo <input type="radio"/> Hermana/ Hermano <input type="radio"/> Tía/Tío <input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
		<input type="radio"/> Hogar del niño <input type="radio"/> Sede del proveedor <input type="radio"/> Centro de atención tipo III <input type="radio"/> Otro	Nombre: _____ Dirección: _____ # de teléfono: _____ INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Proveedor #: _____	<input type="radio"/> Abuelo <input type="radio"/> Hermana/ Hermano <input type="radio"/> Tía/Tío <input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
		<input type="radio"/> Hogar del niño <input type="radio"/> Sede del proveedor <input type="radio"/> Centro de atención tipo III <input type="radio"/> Otro	Nombre: _____ Dirección: _____ # de teléfono: _____ INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Proveedor #: _____	<input type="radio"/> Abuelo <input type="radio"/> Hermana/ Hermano <input type="radio"/> Tía/Tío <input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

4. De la sección Niños(as) con Necesidad de Atención, relacione quienes acuden o acudirán este año al preescolar, al pre-jardín infantil, al jardín infantil o a la escuela:

5. ¿Cuál es la lengua principal que se habla en casa? _____

6. ¿Todos los(as) niños(as) que necesitan atención están vacunados? Sí No
 En caso de responder negativamente, relacione los nombres del/de los niños(as) que no están vacunados: _____

7. **NECESIDADES PARTICULARES:** ¿Alguno(s) de los niños menores de 18 años requiere(n) una atención especializada debido a alguna condición médica física, mental o emocional?
 Sí No En caso de responder positivamente relacione el/los nombre(s): _____

¿Este niño tiene un Programa Educacional Individualizado (IEP en inglés)? Sí No ¿Su familia cuenta con algún Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP en inglés)? Sí No

8. ¿Alguno de los niños recibe los beneficios propios de un programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI en inglés)? Sí No
 En caso de responder positivamente envíe copia de la carta de aprobación o de alguno de los cheques recibidos recientemente.

9. **PERSONA DESIGNADA EN EL NÚCLEO FAMILIAR:** Como cabeza de familia usted representa automáticamente la Persona Designada en el Núcleo Familiar. UNA PERSONA DESIGNADA EN EL NÚCLEO FAMILIAR la representa un adulto que ha sido señalado por usted y por escrito, para dejar y recoger al niño(a) en la sede del proveedor CCAP y controlar los ingresos y las salidas del/de los niño(s) de las sedes de atención utilizando los servicios TOTS. Usted puede señalar como Persona Designada en el Núcleo Familiar hasta tres personas adultas además de usted mismo(a), relacionándolas más adelante y facilitando la información que se pide. Estas personas Designadas en el Núcleo Familiar estarán autorizadas para dejar y recoger al/a los niño(s) en la sede del proveedor CCAP.

Al firmar más adelante como Persona Designada en el Grupo Familiar certifico lo siguiente:

- (1) Que no soy el proveedor CCAP de atención para la infancia, que ofrece servicios al núcleo familiar mencionado anteriormente.
- (2) Que no presto servicios de atención al/a los niño(s) con necesidad de asistencia, ni las personas designadas en mi núcleo familiar son empleadas de la institución de atención para la infancia.
- (3) Que no vivo con el proveedor domiciliario de atención para la niñez mencionado anteriormente.

También certifico que toda la información que he entregado en este formulario es verdadera, correcta y suficiente. Por medio de la presente señalo a las siguientes personas como Designados en el Núcleo Familiar:

Nombre de la persona cabeza de hogar:	Fecha de nacimiento:	Cabeza de Hogar o Persona Designada en el Núcleo Familiar:	Fecha:
---------------------------------------	----------------------	--	--------

Dirección de residencia de la persona cabeza de hogar:

Nombre del primer designado en el Núcleo Familiar:	Fecha de nacimiento:	Parentesco con la persona cabeza de hogar:	Fecha:
--	----------------------	--	--------

Dirección de residencia del primer designado en el Grupo Familiar:

Nombre del segundo designado en el Grupo Familiar:	Fecha de nacimiento:	Parentesco con la persona cabeza de hogar:	Fecha:
--	----------------------	--	--------

Dirección de residencia del segundo designado en el Núcleo Familiar:

Nombre del tercer designado en el Núcleo Familiar:	Fecha de nacimiento:	Parentesco con la persona cabeza de hogar:	Fecha:
--	----------------------	--	--------

Dirección de residencia del tercer designado en el Núcleo Familiar:

10. **PERSONAS QUE ESTÁN EMPLEADAS:** Ingrese el nombre de cada persona con edad igual o mayor a 18 años, que figure en la composición del Núcleo Familiar (página uno) y se encuentre asalariado. Relacione TODOS los trabajos (de tiempo completo, parcial, temporal, independiente o empleo de menor importancia, inclusive si el trabajo se inició recientemente o se terminará pronto). **Envíe los comprobantes de cheques de los últimos 4 periodos de pago (de cada persona que esté empleada).** Si no se dispone de los comprobantes de cheques, nosotros le entregaremos un formulario para que el empleador lo diligencie y se pueda comprobar los ingresos de los 4 últimos periodos de pago.

Persona empleada	Nombre y dirección del empleador	Fecha de comienzo del empleo	Intensidad horaria semanal	Días de trabajo por semana (señale todas las opciones relevantes)	Ingresos brutos mensuales	Periodicidad de pago
				<input type="radio"/> Lun. <input type="radio"/> Vier. <input type="radio"/> Mart. <input type="radio"/> Sáb. <input type="radio"/> Miérc. <input type="radio"/> Dom. <input type="radio"/> Juev.		<input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Quincenalmente <input type="radio"/> Mensualmente <input type="radio"/> Anualmente
						<input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Quincenalmente <input type="radio"/> Mensualmente <input type="radio"/> Anualmente
						<input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Quincenalmente <input type="radio"/> Mensualmente <input type="radio"/> Anualmente

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA LA INFANCIA

11. **OTRAS FORMAS DE INGRESO:** Marque la columna que corresponda al lado del tipo de ingreso que usted o cualquier miembro de su hogar reciba o esté aspirando. Envíe prueba de todos los ingresos que haya marcado.

Origen del ingreso		Recibe	Solicitado por	Persona que solicitó o recibe	Cantidad recibida	Frecuencia
A.	Manutención infantil		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
B.	Pensión alimenticia		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
C.	Subsidio por desempleo		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
D.	Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI en inglés)		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
E.	Beneficios del seguro social		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
F.	Prestaciones para veteranos		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
G.	Prestaciones de jubilación		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
H.	Otras prestaciones para personas discapacitadas		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
I.	Subsidio por adopción		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
J.	Indemnización por accidente en el trabajo		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			

12. **PERSONAS QUE ASISTEN A LA ESCUELA O A ALGÚN TIPO DE CAPACITACIÓN:** Ingrese el nombre de todas las personas con edad igual o superior a 18 años que aparecen en la lista Composición del Núcleo Familiar (página 1), que asisten a una capacitación laboral o programa educativo. Envíe una prueba de la asistencia a la escuela o a la capacitación laboral, que mencione la intensidad horaria por semana de las clases y la fecha prevista de terminación.

Persona en capacitación	Nombre y dirección de la escuela	Intensidad horaria semanal de clases	¿Tiempo completo o parcial?	Fecha prevista de terminación
			<input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial	
			<input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial	
			<input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial	
			<input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial	

13. **PERSONAS EN BUSCA DE EMPLEO:** Ingrese el nombre de todas las personas con edad igual o superior a 18 años que aparecen en la lista Composición del Núcleo Familiar, que requieran asistencia de atención para la infancia a fin de poder buscar trabajo:

Nombre:	Nombre:
Nombre:	Nombre:
Nombre:	Nombre:

14. **CONFIDENCIALIDAD:** La información que usted entrega a fin de obtener una certificación CCAP tendrá carácter confidencial y no será entregada sin su autorización por escrito, excepto a las agencias y funcionarios del gobierno según lo disponga la ley.

15. **DISCRIMINACIÓN:** El departamento de Educación no discrimina a nadie para la entrega de los servicios. Lo que significa que usted no será tratado(a) de manera diferente debido a razones de raza, color, género, edad, condición de discapacidad, creencia religiosa, nacionalidad o inclinación política.

16. **DETERMINACIÓN DE IDONEIDAD:** La decisión sobre su solicitud se tomará dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que se reciba la aplicación. Usted recibirá una comunicación por escrito acerca de tal decisión. En caso de que usted no haya recibido una comunicación por escrito dentro de los treinta días mencionados, consulte por favor con el departamento de educación llamando al teléfono 1-877-453-2721.

17. **AVISO REQUERIDO PARA REALIZAR CAMBIOS:** Acepto informar al Departamento de Educación en el término de diez días calendario en caso de ocurrencia de cualquiera de los siguientes cambios. Estoy enterado de que debo informar los cambios que puedan suceder después de que se determine mi derecho a los beneficios pretendidos, diligenciando el impreso "Formulario de Informe de Cambio", ya sea en línea por intermedio de la página web Cafe o enviando un fax al número 225-376-6060.
- Cambio de dirección
 - Cambio en la lista "Miembros de mi Núcleo Familiar", incluyendo cualquier persona que ingrese o salga del hogar.
 - Cambio de empleo, de empleador o de la intensidad horaria del trabajo.
 - Cambio en las entradas en caso de que el ingreso mensual bruto del núcleo familiar supere la tabla de ingreso CCAP, de acuerdo con el tamaño de mi núcleo familiar.
 - Cambio en el programa de capacitación o educacional, incluyendo una interrupción de tres semanas por lo menos, un cambio de programas, o un cambio en la intensidad horaria de asistencia.
 - Cambio del proveedor de servicios de asistencia para la infancia o, del tipo de proveedor.
 - Cambio de sede en la que se recibe la asistencia.
 - El proveedor de asistencia para la infancia se muda conmigo o yo me mudo con él, o comenzamos a compartir la misma dirección postal (exceptuando un apartado postal).
 - Cambio en la intensidad diaria u horaria que los niños están bajo la custodia del proveedor de servicios de asistencia para la infancia.
 - Comienzo o superación de alguna condición de discapacidad.
18. La entrega de información falsa, de retención de información o de incumplimiento en el reporte de cualesquier cambios que se sucedan según se describe anteriormente, puede conducir al rechazo o la pérdida de la certificación por parte del programa CCAP. Si la entrega de falsa información o la retención de información tienen como consecuencia un pago superior al valor aprobado para el servicio de asistencia para la infancia, a usted se le puede solicitar el reembolso de la cantidad excedente que se haya hecho a su nombre. Si de manera intencional usted no informa cualquier situación que tenga como consecuencia el pago a su nombre de cantidades no aprobadas, su participación en el programa puede ser inhabilitada y presentarse una demanda por fraude en su contra ante la autoridad competente.
19. La determinación sobre su derecho al servicio de asistencia para la infancia no requiere un número de seguro social, y tal determinación no puede ser adversa en razón de la ausencia en la información correspondiente.
20. Autorizo al Departamento de Educación para que contacte las personas que sean necesarias a fin de verificar mi necesidad del servicio de asistencia. Además, por la presente renuncio a la condición de confidencialidad de mi nombre y número de seguro social, en caso de ser entregados, de tal forma que tal información pueda ser entregada a mis empleadores anteriores y actuales, a los organismos LDH, DCFS, SSA, LWC y ACF, y a cualesquier otras partes que se considere necesarias, para verificar mis ingresos y la necesidad de asistencia, o para la recopilación de datos, la confrontación de la información o con fines estadísticos.
21. _____ (inicial) autorizo al departamento LDOE y a todos sus empleados revelar la información y/o el historial necesario, a los proveedores que se registran a continuación. Entiendo que tal información puede incluir, entre otra, la solicitud de su verificación, la información del estado de mi solicitud y el análisis de cualesquier pagos y registros llevados por, o hechos a nombre del departamento LDOE. El departamento LDOE se reserva el derecho de decidir si algún historial o información particular puede incluirse dentro de los términos de este desistimiento, y si el mencionado departamento carece de dominio sobre la forma como la parte que recibe utilizará o distribuirá mi información. Acepto liberar y eximir de toda responsabilidad al departamento LDOE por todas y cada una de las causas de acción legal o de daños y perjuicios de cualquier naturaleza que surjan, o que de alguna manera tengan relación con la divulgación o destino que se dé a cualquier información o registros en virtud del presente desistimiento.

22. **FIRMA:** Al firmar el presente documento certifico haber leído y comprendido mis derechos y responsabilidades. También certifico que toda la información entregada en este formulario de aplicación es verdadera y exacta, al tiempo que acepto que cualquier omisión o adulteración de la misma es causa suficiente para el rechazo de mi aplicación.

Firma del solicitante: X	Fecha:
---------------------------------	--------

POR FAVOR, ENTREGUE EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA LA INFANCIA COMPLETAMENTE DILIGENCIADO A:

CCAP Household Eligibility (Idoneidad para participar en el programa CCAP)

Apartado aéreo 260037

Baton Rouge, LA 70826

Telephone: 1.877.453.2721

Fax: 225.342.3906